

**SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DE LA SALUD EN FAMILIAS DEL
PROGRAMA DE EXTENSIÓN SOLIDARIA DE SALUD FAMILIAR DE LA
UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA EN DOS BARRIOS DE MONTERÍA.**

SARAY VAENSSA AYOLA CARRASCAL.

OSCAR ELIECER AYAZO CARDONA.

**UNIVERSIDAD DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
MONTERIA – CORDOBA**

2019

**SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DE LA SALUD EN FAMILIAS DEL
PROGRAMA DE EXTENSIÓN SOLIDARIA DE SALUD FAMILIAR DE LA
UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA EN DOS BARRIOS DE MONTERÍA.**

**OSCAR ELIECER AYAZO CARDONA.
SARAY VANESSA AYOLA CARRASCAL.**

**LUZ DARY RIPOLL GARCIA
NEILA BERROCAL NARVAEZ**

DIRECTORAS.

**UNIVERSIDAD DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
MONTERIA – CORDOBA**

2019

Nota de Aceptación.

Presidente del jurado.

Jurado.

Jurado.

DEDICATORIA.

A mi madre Mery, mi hermano Emilio

Mis profesoras Eliana, Lina, Carmen y especialmente Mónica

Mis profesores Wilson y Efreñ

A los Sectarios de Faerum

A Saray

Oscar Ayazo Cardona.

A Dios, por permitirme cumplir esta meta.

A mi familia, por su apoyo y acompañamiento incondicional.

A mis profesores.

A mi compañero de trabajo.

Saray Ayola Carrascal.

AGRADECIMIENTOS.

A Mery Cardona mi madre y Luis Emilio Ayazo Cardona, mi hermano.

A mis profesoras Eliana López, Lina Montes, Carmen Tordecilla e Irina Campos que llenas de paciencia y más paciencia me guiaron en este tortuoso camino. Pero especialmente a la profesora Mónica Hernández, que de no ser por su entrega, consejos, cariño y demostrando que las cosas en enfermería no son difíciles solo hay profesoras que las vuelven imposibles.

A las familias de los barrios Granada y Camilo Torres que nos abrieron sus puertas y sus corazones, especialmente la señora Margoth Aguilar (QEPD).

Oscar Ayazo Cardona.

Se agradece a nuestros asesores de trabajo de grado, por la dedicación, seguimiento, comprensión y direccionamiento dado.

A la universidad de Córdoba la cual ha sido nuestra base académica y profesional y a cada uno de los docentes que hicieron parte de este proceso.

A mi familia y a mi compañero de vida por su acompañamiento, amor y apoyo incondicional en cada etapa transcurrida.

A mis compañeros de estudio por las experiencias vividas.

A mi compañero de trabajo, por su dedicación y apoyo para lograr culminar esta gran responsabilidad.

Saray Ayola Carrascal.

CONTENIDO.

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
1. OBJETIVOS.....	9
1.1. GENERAL.....	9
1.2. ESPECÍFICOS.....	9
2. MARCO REFERENCIAL.....	10
2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	10
2.2. MARCO TEÓRICO.....	12
2.2.1. FLORENCE NAIHTHINGALE.....	13
2.2.2. NOLA PENDER.....	14
2.2.3. DOROTHEA OREM.....	16
2.2.4. KRISTEN SWANSON.....	17
2.2.5. HILDEGARD E. PEPLAU.....	19
2.3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	23
2.4. MARCO CONCEPTUAL.....	28
2.4.1. CUIDADO DE LA SALUD.....	28
2.4.2. ENFERMERÍA COMUNITARIA.....	30
2.4.3. SATISFACCIÓN.....	31
2.5. MARCO LEGAL.....	32
3. METODOLOGÍA.....	34
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	34
3.2. ESCENARIO DEL ESTUDIO.....	34
3.2.1. DESCRIPCIÓN DE LOS BARRIOS.....	34
3.3. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.....	34
3.3.1. POBLACIÓN.....	34
3.3.2. MUESTRA.....	35
3.3.3. MUESTREO.....	36
3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS.....	36
3.5. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	36
3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	38
3.7. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.....	39

3.8. PROPIEDAD INTELECTUAL Y RESPONSABILIDAD.....	39
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	40
4.1. Nivel de satisfacción con los cuidados brindados desde el programa de salud familiar a las familias intervenidas.....	41
4.2. Nivel de satisfacción con las condiciones del servicio brindado a las familias que hicieron parte del programa de salud familiar	45
4.3. Nivel de satisfacción a partir de la educación en salud brindada a las familias intervenidas.....	50
4.4. Nivel de fidelización de las familias luego de su experiencia al hacer parte del programa de salud familiar.	55
5. CONCLUSIONES.....	57
6. RECOMENDACIONES.....	58
BIBLIOGRAFIA.....	59
ANEXOS.....	63

LISTA DE TABLAS.

Tabla 1. Nivel de satisfacción con los cuidados.

Tabla 2. Nivel de satisfacción con las condiciones del servicio.

Tabla 3. Nivel de satisfacción con la educación en salud.

Tabla 4. Expectativas frente al programa de salud familiar.

LISTA DE ANEXOS.

Anexo 1. Consentimiento informado.

Anexo 2. Encuesta.

Anexo 3. Solicitud de validación de instrumento.

RESUMEN.

Introducción: El cuidado de la Salud en los colectivos familiares es un aspecto sumamente importante para el sistema de salud. Este trabajo presenta el Grado de satisfacción del Cuidado de las Familias intervenidas por los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Córdoba en el Programa de Extensión Solidaria de Salud Familiar, producto del proceso docente-extensionista en el curso transversal Salud Colectiva I, II, III y IV. **Objetivo:** Determinar la satisfacción con el cuidado de la salud de las familias intervenidas. **Metodología:** Investigación de tipo descriptivo transversal con enfoque cuantitativo. **Participantes:** Familias de dos barrios de Montería intervenidas por el programa de Salud Familiar de la Universidad de Córdoba. **Recolección de la información:** La recolección de la información se efectuó aplicando la “Encuesta de Satisfacción con el Servicio”. GCPC-UN-ESU. **Resultado:** Teniendo en cuenta los criterios evaluados en las encuestas aplicadas como lo son nivel de satisfacción con los cuidados, con las condiciones del servicio prestado, la educación en salud y cumplimiento de expectativas frente al programa de Salud Familiar; el porcentaje de satisfacción de las familias del barrio Camilo Torres fue de 98.44% y para las familias del barrio Granada fue de 85% en promedio. **Conclusión:** Los cuidados en salud dados a las familias, permitieron que estas tuvieran un alto grado de satisfacción debido a que hicieron parte de un programa integral que abarca todos los elementos de la salud desde el entorno hasta la salud mental. Los estudiantes dieron lo mejor de sí y brindaron un servicio incluso más allá del deber y se convirtieron para estas familias en referentes de salud, personales, sociales y espirituales.

PALABRAS CLAVE: Servicios de atención de salud a domicilio, Salud de la familia, Enfermería en salud comunitaria, Autocuidado.

ABSTRACT.

Introduction: Health care in family groups is an extremely important aspect for the health system. This work presents the degree of satisfaction of the Care of the Families intervened by the Nursing students of the University of Córdoba in the Program of Solidarity Extension of Family Health, product of the teaching-extension process in the transversal course Collective Health I, II, III and IV.

Objective: Determine satisfaction with the health care of the intervened families.

Methodology: Cross-sectional descriptive research with a quantitative approach.

Information Collection: The information was collected by applying the "Satisfaction Survey with the Service". GCPC-UN-ESU.

Outcome: Taking into account the criteria evaluated in the surveys applied, such as the level of satisfaction with care, with the conditions of the service provided, health education and fulfillment of expectations regarding the Family Health program; the percentage of satisfaction of the families of the Camilo Torres neighborhood was 98.44% and for the families of the Granada neighborhood it was 85% on average.

Conclusion: The health care given to families, allowed them to have a high degree of satisfaction because they were part of a comprehensive program that covers all elements of health from the environment to mental health. The students gave their best and provided a service even beyond duty and became, for these families, health, personal, social and spiritual references.

KEY WORDS: Home Health Services, Family health, Community Health Nursing, Self-care.

INTRODUCCIÓN.

Es un hecho conocido, además contenido en la Constitución Política de Colombia, que La familia es la unidad primordial de la sociedad, esas células forman un tejido conectivo, la sociedad. Es ese el punto de partida desde donde tiene lugar la construcción de los individuos que forman el tejido social que será lo que le da sentido a las comunidades, a los países y por supuesto más allá del ámbito territorial construyen la identidad que llamamos Nación.

Corresponde a los mismos individuos sanar las heridas de ese tejido social y a su vez mantenerlo saludable e incluso reconstruirlo si se ve dañado severamente. Eso nos garantiza una buena “salud social” para poder formar esa ciudadanía que nos hace proactivos y asertivos para sacar adelante el país y engrandece la Nación, por ende el cuidado de la salud en los colectivos familiares debe ser un propósito del SGSSS, los programas de promoción y prevención deben estar enfocados en ese segmento poblacional.

Los estudiantes de enfermería de la Universidad de Córdoba, colocan en práctica los conocimientos adquiridos durante los componentes teóricos de la asignatura de Salud Colectiva, de tal modo que los mismos, identifican, diagnostican e intervienen de manera integral, dentro de su competencia y conocimiento, todos los determinantes del proceso salud enfermedad y al cabo de dos años evalúan los resultados de ese trabajo.

Todo ese proceso se hace bajo los más altos conceptos de calidad, de amor, de entrega, de solidaridad de los estudiantes orientado por las docentes que hacen presencia, acompañamiento y asesoría, todo bajo los preceptos de dignidad humana, ambiente controlado y seguridad durante 2 años de trabajo en el que cada uno de los estudiantes invierte en ese proceso, y donde ve el evolucionar a las familias, su entorno, su interacción generalmente para bien.

El programa contiene un fuerte componente educativo hacia las familias intervenidas, desde el entorno y vivienda saludable hasta cuidados de su salud mental pasando por el fortalecimiento de sus lazos de apoyo intrafamiliar y ese trabajo que debe ser fortalecido, continuar, migrar a nuevas tecnologías y que el ente estatal de primer nivel le brinde más apoyo porque en realidad se está haciendo su trabajo y se le aumentan los índices de cobertura, o que al menos se le reconozca el excelente trabajo de esos estudiantes

Teniendo en cuenta lo anterior se deseaba saber el grado de aceptación de las familias que fueron intervenidas en dos de los barrios, eso dado que se hacen estas prácticas y sabemos al final como estaban las familias antes y como quedan después de la intervención pero ¿se sabe si las familias quedan satisfechas con el proceso? Por supuesto, con las limitantes de tiempo y de recursos se elabora la investigación en dos de las comunidades. Para un futuro hacerlo de manera permanente en todas las comunidades intervenidas, así se logra mayor cobertura y fiabilidad de la información.

1. OBJETIVOS.

1.1. GENERAL.

Determinar la satisfacción con el cuidado de la salud de las familias intervenidas mediante el Programa de Extensión Solidaria Salud Familiar de la Universidad de Córdoba

1.2. ESPECÍFICOS.

- ❖ Identificar el nivel de satisfacción de las familias con los cuidados brindados por los estudiantes de Enfermería a través del Programa de Extensión Solidaria Salud Familiar.
- ❖ Establecer el nivel de satisfacción con las condiciones del servicio brindado a las familias que hicieron parte del Programa de Extensión Solidaria de Salud Familiar
- ❖ Determinar el nivel de satisfacción relacionado con el beneficio y claridad de la educación en salud brindada a las familias.

2. MARCO REFERENCIAL.

2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

PROGRAMA DE EXTENSIÓN SOLIDARIA SALUD FAMILIAR

DESCRIPCIÓN Y ANTECEDENTES.

El Programa de Salud Familiar es un programa de extensión, docente asistencial, con enfoque holístico, tiene una doble dimensión, integra lo académico y lo social, cumple con los principios de Atención Primaria en Salud y Salud Familiar. Consiste en una oferta programática de actividades educativas y de intervención en salud dirigida a familias vulnerables, en estado de pobreza histórica o desprotección social y/o familias desplazadas ubicadas en barrios marginales de la ciudad de Montería.

El Programa de Salud Familiar, concibe la definición de barrio marginal no en un sentido despectivo, ni degradante, sino como el concepto proyectado por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas (Onu-Daes), cuando señala que un hogar en situación marginal o de tugurio se define como “un grupo de individuos que viven bajo el mismo techo y que carecen de una o varias de las siguientes condiciones: acceso mejorado a agua potable; acceso a servicios mejorados de saneamiento; espacio habitable suficiente (no más de tres personas por habitación); vivienda duradera y con una estructura de calidad; y seguridad de la tenencia” . Inserción

Los docentes y estudiantes de Enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud han liderado las actividades de proyección social en comunidades vulnerables desde el año 1.975 cuando se inició la carrera, luego se consolidaron en el año 1990 a través del Programa de Extensión Solidaria de Salud Familiar, el cual surge como respuesta a lineamiento y políticas nacionales de ASCOFAME (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina), ACOFAEN (Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería), Ministerio de Salud y a las necesidades de la región, este programa vincula diversos profesionales del área de la salud y ciencias

humanas, conformándose así un equipo multidisciplinario, para el trabajo comunitario.

En 1993 a partir de la labor desarrollada con las familias en el trabajo docente-asistencial y de extensión que realizaba el programa de Enfermería surgieron los grupos de ancianos, jóvenes y de apoyo, permitiendo fortalecer el vínculo con la comunidad a través de las familias. En el año 2002 mediante Resolución número 003 se legaliza el Programa de Salud Familiar (PSF), en este mismo acto administrativo se adopta los Lineamientos Básicos de Extensión que regula y direcciona las actividades, proyectos y programas de proyección social de la Facultad Ciencias de la Salud.

A lo largo de 28 años (1990 - 2018) los docentes y estudiantes del Departamento de Enfermería a través del PSF han intervenido diferentes sectores de la ciudad de Montería, inicialmente empezaron con los barrios aledaños a la Universidad de Córdoba, tales como Mocarí, Camilo Torres, 20 de julio, 7 de Mayo, El Ceibal y Ranchos de INAT.

Así mismo, también se realizó trabajo socio comunitario en otros escenarios que no limitaban geográficamente con nuestra institución, pero que igualmente eran y son importantes por la responsabilidad y el compromiso social que la Universidad de Córdoba y Programa de Enfermería siempre han evidenciado.

Entre estos barrios se mencionan: Cantaclaro, 2 de Septiembre, 25 de Agosto, Boston, Sucre (sector Playa Brígida), 6 de Marzo, Santa Fe Primera y Segunda Etapa, La Granja, el Cerro, las Colinas, Policarpa, Alfonso López, La Candelaria, Robinson Pitalúa, Pastrana Borrero, El Dorado segunda Etapa, Edmundo López, P5, Mogambo, Mogambito, Villa Margarita, Panzenú, El Alivio, Camilo Torres, Santander, Villa Melisa y Galilea, propiciando desde la perspectiva de salud el desarrollo humano de estos colectivos¹.

¹ Alcocer, E. P. (14 de Mayo de 2019). Antecedentes históricos del programa de Salud Familiar. (O. A. Cardona, Entrevistador).

2.2. MARCO TEÓRICO.

La familia constituye un rol fundamental en el mantenimiento del equilibrio de la salud de cada uno de sus miembros dentro de un sistema cambiante y adaptativo; la salud familiar es un proceso de carácter universal donde se incluyen elementos sociales, culturales, demográficos, económicos, psicológicos los cuales influyen en gran manera en las situaciones que atraviesa la familia, quienes siempre están en busca de fortalecer la salud y funcionamiento del individuo en su entorno².

Prado³, señala que, las teorías y modelos conceptuales de enfermería son necesarios para guiar y direccionar la práctica de enfermería; estos se constituyen desde tiempos remotos cuando en sus inicios la teorista Florence Nightingale dio sus valiosos aportes. Actualmente cada profesional tiene una visión propia de su rol, lo que influye directamente en las decisiones que este tome en el momento de brindar cuidados en salud.

Para comprender la naturaleza del cuidado de la salud es necesario tener en cuenta cuatro pilares básicos (persona, entorno, salud y cuidado), estos han orientado la intervención de enfermería y por consiguiente ciñéndose de teoristas como Florence Naigthingale, Nola Pender, Dorothea Orem, Kristen Swanson se logra poner en práctica acciones de atención en salud a partir de las necesidades identificadas en la comunidad⁴.

² RODRÍGUEZ, Cid, et al. La familia en el cuidado de la salud. En: REVISTA MÉDICA ELECTRÓNICA. vol. 36, no. 4, p. 462-472

³ PRADO, Liana, et al. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. En: REVISTA MÉDICA ELECTRÓNICA. vol. 36, no. 6, p. 835-845

⁴ Ibíd., p. 42.

2.2.1. FLORENCE NAIHTHINGALE.

Florence Naigthingale: El cuidado.

Naigthingale en su *teoría de entornos saludables*, se centra en aspectos externos que influyen sobre las condiciones de vida de la persona incluyendo su desarrollo resaltando la relación que guarda este con la salud y la enfermedad. A partir de esto se observa su gran preocupación por el entorno, la vivienda, la buena ventilación, la iluminación. La higiene, un concepto de vital cuidado y considerado esencial ya que para Florence vivir en un entorno sucio es tener una puerta abierta a infecciones y enfermedades, de igual manera la nutrición juega un papel fundamental en la salud de la persona, los buenos hábitos alimenticios, el consumo de alimentos saludables y ricos en nutrientes que ayuden al sostenimiento sin sobrepasar los requerimientos diarios necesarios⁵.

Conceptualización de la teoría.

Florence en su teoría postula que enfermería se encarga de velar por la salud brindando acciones de cuidado a la persona y colectivos, considerando a los enfermeros como personas comprometidas, con vocación y capacitadas con habilidades teóricas y prácticas para influir en la modificación de las condiciones de salud y motivar al mantenimiento de la misma. La educación en enfermería es otro de los conceptos a resaltar por esta teorista porque es la forma por medio de la cual se enseña como brindar el cuidado basándose en conocimientos científicos y prácticos propios de la experiencia.

⁵ PERDOMINI, Miriam. Florence Nightingale: El cuidado. [en línea] 4 DE JUNIO DE 2012, [Revisado 04 Julio de 2019]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/florence-nightingale.html>

Naigthingale define al paciente como un ser pasivo que demanda de cuidado y atención sin dejar de lado sus necesidades, preferencias y creencias; y contempla la salud como un estado de bienestar donde el individuo se encuentra lleno de energía considerando que es un estado en el que la persona es capaz de practicar autocuidado para la prevención de enfermedades⁶.

2.2.2. NOLA PENDER.

Modelo de promoción de la salud de Nola Pender.

Enfermería desde sus inicios se ha basado en teorías y modelos que fortalecen esta disciplina. Nola Pender una teorista importante quien propuso el modelo de promoción de la salud, ha contribuido a las ideas basada en la importancia que tiene la práctica de conductas saludables para el ser humano y sus comportamientos en la vida diaria los cuales son un determinante para su salud⁷.

Conducta previa relacionada y factores personales.

La idea expuesta por Aristizabal⁸ y colaboradores postulan que el ser humano en algún momento de su vida ha vivido experiencias que lo condicionan y que comprometen de manera directa o indirecta en su actuar contribuyendo así a que adquiera o no conductas que promuevan la salud. Seguidamente es necesario valorar y clasificar aquellos factores de riesgo que de igual forma es un determinante en el comportamiento humano dividiéndolos en factores de riesgo de tipo biopsicosociales y culturales los cuales enmarcan la naturaleza propia del individuo.

⁶ CANO, Amaro. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. En: REVISTA CUBANA DE ENFERMERÍA. vol. 20, no. 3, p. 0

⁷ HOYOS, Gladis Patricia, et al. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. En: ENFERMERÍA UNIVERSITARIA. vol. 8, no. 4, p. 16-23.

⁸ Ibíd., p.18.

El modelo de promoción de la salud, cimentado en conceptos fundamentales para su aplicabilidad y entendimiento, se basa principalmente en los sentimientos y creencias del individuo inmerso en la comunidad; primeramente se tiene en cuenta las ventajas y beneficios que conllevan el hecho de realizar prácticas que promuevan la salud, sabiéndose de manera anticipada que esto traerá consigo resultados positivos en pro del mantenimiento de la misma; en segundo lugar estudia las barreras que pueda tener el individuo desde su propia naturaleza y forma de ser lo cual influye de manera negativa en el proceso de reconocimiento de la necesidad de mantenerse saludable haciendo difícil que modifique su conducta real⁹.

En tercera instancia está la autopercepción, el auto reconocimiento del individuo como ser perteneciente a un entorno social, lo cual hace que se mantenga con deseo constante de mejorar y progresar. El cuarto concepto hace referencia a las emociones y sentimientos que se pueden crear a partir de sucesos vividos ya sean positivos o negativos, los cuales pueden afectar de igual manera la conducta que decida tener la familia; por consiguiente se presenta un quinto concepto en el que se establece que las personas que llega adoptar y tener prácticas de promoción de la salud solo lo hacen si las relaciones interpersonales que mantienen en su entorno hace que se den cambios en su conducta, ya que perciben la necesidad de la otra persona de verlo bien por medio del apoyo y ayuda que le brindan¹⁰.

Finalmente, el sexto concepto contempla las implicaciones situacionales del entorno en que se encuentra la familia o individuo, las cuales ocasionan que tenga o no una conducta que promueva la salud. De esta manera se puede apreciar un pilar fundamental de esta teoría, puesto que busca el crecimiento personal, cumplimiento de metas, bienestar integral y lograr tener una vida productiva¹¹.

⁹ Ibid., p. 17.

¹⁰ Ibid., p. 18.

¹¹ Ibid., p. 19.

2.2.3. DOROTHEA OREM.

Los estudios realizados por Prado¹² señalan, que Orem en su teoría toma al individuo como un ser biopsicosocial respetable, digno en su integralidad, inmerso en un entorno familiar y comunitario, con la finalidad de suplir los cuidados básicos que éste necesite logrando ser feliz y vivir un tiempo prolongado con buena calidad de vida, dándole la oportunidad al paciente y/o la familia de participar en la toma de decisiones.

Así mismo determina que enfermería es un arte donde se abren múltiples posibilidades de apoyo a la persona y colectivos, cuando estos se encuentren en condiciones incapacitantes pero siempre en busca de ayudarlo a recuperarse de la enfermedad y sus consecuencias conservando la salud y la vida¹³.

Conceptualización de la teoría del déficit de autocuidado.

Dorothea establece la teoría del déficit del autocuidado como uno de sus pilares fundamentales en su postulado, definiendo el autocuidado como las acciones intencionadas que a diario debe realizar un individuo para el control de agentes externos e internos que pueden llegar a afectar su condición de salud considerando a la persona con discernimiento y sensatez suficiente para cuidarse así mismo de acuerdo a su curso de vida¹⁴.

De igual forma Orem¹⁵, contempla que cada persona está vinculada a limitaciones en su salud que en algún momento de su vida harán que se encuentre incapacitado para cuidarse por sí solo haciendo que se dé un déficit de autocuidado es decir que la demanda de atención es mucho mayor que la capacidad y habilidad de la persona para actuar a tiempo e intervenir en su salud.

¹² PRADO, Liana, et al. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. En: REVISTA MÉDICA ELECTRÓNICA. vol. 36, no. 6, p. 835-845

¹³ Ibid., p. 837.

¹⁴ Ibid., p. 839.

¹⁵ Ibid., p. 840.

2.2.4. KRISTEN SWANSON.

"Teoría de los Cuidados".

Swanson concibe el cuidado como una forma educativa de mantener un vínculo con un ser estimado, priorizando el compromiso y la responsabilidad que esto trae consigo. De esta manera postula cinco conceptos bases vistos como un proceso evolutivo los cuales permiten ahondar en dimensiones holísticas de enfermería como ciencia y arte¹⁶.

En primer lugar está el concepto de los conocimientos, el cual hace referencia a la capacidad y habilidad de la persona para brindar cuidado tanto al individuo como a la familia y comunidad; el segundo concepto llamado “estar con” el cual abarca las preocupaciones que puede tener una persona y el compromiso que lleva a realizar acciones de cuidado a quienes lo necesitan; en tercer y cuarta instancia están los conceptos de “hacer por y posibilitar” los cuales están relacionados estrechamente porque es donde se incluyen las condiciones en que se encuentran la persona prestadora de servicios de salud (enfermería), cliente y organización donde debe haber armonía y buena sincronía para que se dé la posibilidad de llevar a cabo el cuidado o en su defecto reducir la posibilidad de poner en práctica éste y finalmente el mantenimiento de las creencias que se da a medida en que se van obteniendo los resultados de los cuidados brindados e impartidos basado en una deducción lógica y sustentados con evidencias científicas¹⁷.

¹⁶ RODRÍGUEZ, V. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. En: ENFERMERÍA GLOBAL. vol. 11, no. 28, p. 316-322

¹⁷ Ibíd., p. 320.

Dicho por Rodríguez¹⁸ "Swanson plantea que independiente de los años de experiencia de una enfermera, los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales (subconceptos) creados por la propia actitud filosófica de la enfermera (mantener las creencias), la comprensión (conocimientos), los mensajes verbales y no verbales transmitidos al cliente (estar con) las acciones terapéuticas (hacer por y posibilitar) y las consecuencias de los cuidados (desenlace deseado por el cliente)".

Por lo tanto los cuidados se basan en el mantenimiento de una creencia básica de los seres humanos, apoyada por el conocimiento de la realidad del cliente, expresada por estar física y emocionalmente presente y representada por hacer y posibilitar al cliente¹⁹.

¹⁸ Ibíd., p. 321.

¹⁹ Wojnar D. Kristen Swanson: Teoría de los Cuidados. . In: Elsevier, editor. Modelos y teorías en enfermería. Sexta ed. Madrid.España: 2007. p. 766-77. Citado por: RODRÍGUEZ, V. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. En: ENFERMERÍA GLOBAL. vol. 11, no. 28, p. 316-322.

2.2.5. HILDEGARD E. PEPLAU.

Dentro de las múltiples teorías de enfermería, hay una que se puede destacar y mediante la analogía aplicar al trabajo de la enfermería comunitaria, desde dos frentes.

La teoría de Hildegart Peplau (1909-1990), plantea que la vida de los seres humanos se manifiesta a través de relaciones entre semejantes, éstas se desarrollan en el seno de grupos e instituciones. El hombre como ser social está sujeto a relaciones interpersonales que se promueven entre personas que se conocen o no. Estas van a jugar un rol importante en la actividad humana y están mediadas por la comunicación. En enfermería, se establecen relaciones con el paciente y familiares, de modo que le permita a la enfermera favorecer la relación terapéutica, satisfacer las necesidades del paciente y brindar cuidados de enfermería²⁰.

Teoría de las relaciones interpersonales de Hildegard E. Peplau.

Esta teoría describe la importancia de la relación enfermera paciente como un proceso interpersonal significativo, terapéutico. Analiza cuatro experiencias psicobiológicas que obligan a los pacientes a desarrollar respuestas destructivas o constructivas frente a: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad. Para Peplau, en la relación enfermera-paciente se identifican cuatro fases, que tienen como punto de partida la orientación y continúa con la identificación, explotación y resolución²¹.

Orientación: en esta fase, el individuo siente una necesidad y busca atención profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y comprender su problema de salud para determinar su necesidad de cuidado.

²⁰ MASTRAPA, Gilbert. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2016 [citado 28 Oct 2019]; 32(4): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976>

²¹ ALLIGOOD MR. Modelos y Teorías en Enfermería. VI edición. p 54-57. España: Elsevier; 2015. Consultado el día 25 octubre de 2019 disponible en :<https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Identificación: aquí el paciente se identifica con las personas que le brindan cuidados. La enfermera favorece la exploración de las sensaciones y la expresión de los sentimientos relacionados con su percepción del problema para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad y a reforzar los mecanismos positivos de la personalidad que le proporcione la satisfacción que necesita.

Explotación: durante esta fase el paciente trata de obtener el máximo de la relación y conseguir los mayores beneficios posibles.

Resolución: esta se produce cuando el paciente abandona los viejos objetivos y se traza nuevas metas. En este proceso, el paciente se independiza de la identificación con la enfermera. Peplau determinó los aspectos cambiantes de la relación enfermera-paciente como son:

- Objetivos e intereses totalmente distintos. Son extraños para ambos.
- Juicios individuales sobre el significado del diagnóstico médico, el rol de cada uno en la situación de enfermería.
- Comprensión en parte mutua y en parte individual de la naturaleza del diagnóstico médico.
- Comprensión mutua de la naturaleza del problema, los roles de enfermera y paciente y las necesidades de enfermera y paciente en la solución del problema. Objetivos de salud comunes, compartidos.
- Esfuerzos colaboradores dirigidos a resolver el problema juntos y de forma productiva.
- Entre los principales conceptos y definiciones, la teoría de las relaciones interpersonales describe seis roles de la enfermera: extraño, persona recurso, profesor, líder, sustituto y asesor, que se establecen en correspondencia con las fases de la relación enfermera-paciente²².

²² MCKENNA Hugh y SLEVIN Oliver. Nursing Models, Theories and practice. Inglaterra: Blackweel Publishing; 2009.p 248 ISBN: 978-1-118-30592-8 Consultado 27 de octubre de 2019. Disponible en: <https://www.wiley.com/en-us/Vital+Notes+for+Nurses%3A+Nursing+Models%2C+Theories+and+Practice-p-9781118305928>

- Rol del extraño: teniendo en cuenta que la enfermera y el paciente no se conocen, este debe ser tratado con respeto y cortesía. La enfermera no debe prejuzgar al paciente, sino aceptarlo como es. El paciente se reconoce como capacitado, a menos que la evidencia indique lo contrario.
- Rol de la persona recurso: la enfermera ofrece respuestas concretas a las preguntas, sobre todo las referidas a información sanitaria, y explica al paciente el tratamiento. Esta determina el tipo de respuesta apropiada para un aprendizaje constructivo.
- Rol docente: es una combinación de todos los restantes. Se origina del conocimiento del paciente y del desarrollo de la capacidad de utilizar la información.
- Rol de liderazgo: implica un proceso democrático. La enfermera ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una relación de cooperación y participación activa.
- Rol de sustituto: el paciente asigna a la enfermera un papel de sustituto. La enfermera, con su actitud, provoca en el paciente sentimientos similares a los generados en una relación anterior. La función de la enfermera consiste en ayudar al paciente a reconocer las semejanzas entre ella y la persona recordada, posteriormente ayudará a percibir las diferencias entre su función y la de dicha persona recordada.
- Rol de asesoramiento: se establecen según el modo en que las enfermeras responden a las peticiones del paciente. Incluye ayudar al paciente a entender lo que le está ocurriendo. Peplau le concede mayor importancia en la enfermería psiquiátrica.

La teoría de las relaciones interpersonales parte de dos postulados fundamentales²³.

- El aprendizaje de cada paciente cuando recibe asistencia de enfermería es sustancialmente diferente según el tipo de persona que sea la enfermera.
- Estimular el desarrollo de la personalidad hacia la madurez es una función de enfermería y de la formación en este campo. Sus profesionales aplican principios y métodos que orientan el proceso hacia la resolución de problemas interpersonales.

De modo que la teoría de Peplau enfatiza en la relación enfermera paciente para potenciar un desarrollo interpersonal terapéutico. Se basa en la enfermería psicodinámica, a partir del conocimiento de la propia conducta de la enfermera, que le permite ayudar a los demás a identificar sus problemas. En esencia, es la relación interpersonal entre el paciente y la enfermera, que transita por cuatro fases, se evidencia en los cambios de la relación y los roles que desempeña la enfermera, hasta satisfacer la necesidad del paciente y llegar a la resolución del problema.

Con base en lo anterior se aborda el cuidado desde dos perspectivas una la que se tiene desde la óptica de enfermería donde está juega un papel preponderante en la familia, en la medida es quien aplica la educación, la intervención, los instrumentos y sus conclusiones a la o las personas que son directamente intervenidos en los hogares.

Y la segunda es cuando la persona referente en la familia se convierte en ese trasmisor del cuidado de salud y en la voz “autorizada” en la familia para tales efectos y no solamente por lo que aprendió con el programa de salud familiar sino porque normalmente es una persona como las madres o las abuelas que son voz de autoridad en la familia y es donde se le añade el componente de la transmisión oral del conocimiento, el cual debe ser reforzado y actualizado debido a que ésta puede verse deformada o truncada de persona a persona.

²³ Ibíd., P.56.

2.3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

El fortalecimiento y educación en la comunidad desde la profesión de Enfermería se cimenta en principios y valores básicos, sin dejar de lado el conocimiento, la cultura, la libertad de expresión y las decisiones que tome la comunidad; por lo cual es indispensable enseñar a las familias apoyándose en métodos y prácticas, donde éstas tengan el rol principal y puedan participar activamente en los procesos que beneficien su salud²⁴.

Pulido y colaboradores²⁵ plantean que el núcleo fundamental de la sociedad es la familia, la cual es considerada como una estructura que coexiste en su entorno y que está altamente influenciado por los valores, las creencias, la cultura y el contexto en que se desarrolla cada individuo, quienes de generación en generación van dejando un legado importante a los más pequeños del hogar.

Ésta investigación fue de tipo exploratorio con el fin de indagar sobre las pautas y creencias en cuanto a la crianza en los niños en las familias y a su vez buscando identificar el entorno en el cual se encontraban estas familias. Es así como los resultados demuestran que la composición familiar afecta directamente en los procesos de crianza y el comportamiento de los niños en la familia; enmarcando el método del castigo (acción y consecuencia) sin clasificarlo como maltrato infantil, igualmente se especifica que éste estudio no generaliza las conductas familiares debido a que estas dependen de muchos factores, como el entorno donde se desenvuelven.

²⁴ DE RESTREPO, Helena. Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. En: FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. vol. 19, no. 1.

²⁵ PULIDO, Sandra, et al. Pautas, creencias y prácticas de crianza relacionadas con el castigo y su transmisión generacional. En: RLCSNJ. vol. 11, no. 1.

En este orden de indagación, el estudio realizado en el año 2019 por Espinosa titulado Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad, los resultados exponen que la calidad de vida depende del medio natural en el que se encuentra inmerso el individuo. Esta investigación muestra como los cambios económicos y sociales afectan directamente el estilo de vida y hábitos de la población y su relación con el proceso salud-enfermedad, haciendo que la calidad de vida se vea condicionada por factores determinantes externos e internos, que pueden contribuir a promover salud y prevenir enfermedades²⁶.

La familia en la actualidad es considerada como centro de investigación en el área de salud y va más allá buscando establecer un vínculo con el proceso salud – enfermedad y la salud familiar; concibiéndose esta como el conjunto de personas que giran en torno a una dinámica e interacción por medio de un proceso cambiante donde se encuentran inmersos el crecimiento y desarrollo individual según las condiciones durante su curso de vida.

A partir de lo planteado por Ortiz²⁷, al intervenir en la comunidad es necesario preparar y capacitar a las familias para que den frente a cualquier cambio que se genere tanto a nivel interno como externo a su ambiente familiar debido a que esto puede encaminarla a modificar su estructura funcional provocando así crisis, eventos negativos y traumáticos y lo ideal es mantener la funcionalidad y unión familiar.

²⁶ ESPINOSA, Leticia. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. En: REVISTA CUBANA DE ESTOMATOLOGÍA. vol. 41, no. 3, p. 0

²⁷ ORTIZ, María T., et al. La salud familiar: caracterización en un área de salud. En: REVISTA CUBANA DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL. vol. 15, p. 303-309-

En este mismo artículo Ortiz²⁸, realizó un estudio investigativo en 96 hogares en una comunidad a través de métodos cuantitativos y descriptivos utilizando instrumentos que miden el funcionamiento y la salud familiar de lo que obtuvo como resultado que un 52,1 % de las familias presentaron disfunción por agentes externos a su entorno, por lo tanto es importante resaltar que al intervenir en la comunidad es indispensable educar, capacitar y preparar a las familias para la resolución de situaciones cotidianas que puedan influir negativamente en su interacción.

Según lo investigado y evidenciado por Pérez²⁹ la teórica Madeleine Leininger quien habla sobre la teoría de los cuidados culturales que se desarrolla desde un punto transcultural enfocándose en el cuidado brindado a las familias pertenecientes a comunidades por lo que nace un modelo llamado sol naciente que postula y destaca a enfermería como un puente entre los sistemas sociales existentes, los referentes culturales y la estructura propia del ser humano visionario dentro de la historia y contexto ambiental cambiante de donde emerge la necesidad de cuidado y mantenimiento de la salud, donde es primordial tener conocimiento del contexto donde vive el individuo, la familia y la comunidad con el fin de definir la intervención de enfermería que requieren.

Luego de este análisis teórico es desarrollado un estudio descriptivo cualitativo en una comunidad urbana en busca de describir las características culturales y los cuidados para la salud aplicados en la misma ciñéndose en el modelo del sol naciente y abarcando características intrínsecas en dicha comunidad como su condición educativa, económica, política, social, legal, valores, religión, filosofía de pensamiento y estilo de vida determinando a raíz de todo este estudio que las familias reciben gran influencia externa de los factores que los rodean y guarda una relación directamente proporcional con estos ya que hace que se modifiquen

²⁸ *Ibíd.*, p. 305.

²⁹ PÉREZ, Sandra. Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado en una comunidad urbana: Camaguey 2008. En: REVISTA CUBANA DE ENFERMERÍA. vol. 25, no. 3-4, p. 0

en todos los aspectos obteniendo como resultado que la población tiene un nivel de escolaridad promedio de 12°, está integrada a organizaciones de donde reciben beneficios referentes a cuidados de la salud pero aun así desarrollan estilos de vida mal sanos por lo que dio una propuesta de cuidados transculturales a esta población para llevarlos a la práctica³⁰.

En otro estudio elaborado como trabajo de grado para optar por el título de magister en Salud Pública por Monteiro Mattos³¹, hace un análisis que trata en un estudio descriptivo de corte transversal, realizado a través de una encuesta semi estructurada y adaptando un instrumento de recolección de datos utilizado en un estudio de satisfacción usuaria con el Control de Niño Sano realizado en un centro salud privada “Megasalud” en Chile De una población de 5404 niños se toma como muestra 150 personas de los familiares de los menores de 6 años de la población bajo control del CESFAM. (Centro de Salud Familiar) según el registro estadístico de la red asistencial a Junio de 2014.

De igual manera en Chile Oliva e Hidalgo en 2004³² hacen el estudio “Satisfacción Usuaría: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, Evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria”. Guardando relación con la salud familiar como un programa piloto.

³⁰ Ibíd., p. 1

³¹ MONTEIRO MATTOS Fernanda Martins. Satisfacción usuaria con el Control de salud infantil en un Centro de salud familiar en el año de 2015. Trabajo de grado Magíster en Salud Pública. Santiago de Chile. Universidad de Chile. Facultad de Medicina, 2015. 93p

³² OLIVA, Carolina y HIDALGO, Carmen Gloria. Satisfacción Usuaría: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, Evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria. Psykhe [online]. 2004, vol.13, n.2 [citado 2019-07-19], pp.173-186. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282004000200013&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-2228. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282004000200013>.

Aquí se efectúa el estudio de satisfacción del Universo de 2500 familias una muestra de 139 familias consultantes durante un año, que cumplieron los criterios de inclusión según su perfil de riesgo y que aceptaron ser atendidas en el programa de familias. Esta muestra implicó una cobertura promedio de 480 personas intervenidas con el PRODEFA II.

La distribución encontrada fue de 73 familias de riesgo moderado (52.5% Grupo Experimental 1); 23 familias de alto riesgo (16.5% Grupo Experimental 2) y 43 familias (30.9%) del grupo control incluyendo ambos tipos de riesgo biopsicosocial.

2.4. MARCO CONCEPTUAL.

2.4.1. CUIDADO DE LA SALUD.

En concordancia con Zarate³³, el cuidado de la salud abarca aspectos importantes que determinan la condición de vida del individuo, familia y comunidades en donde es indispensable la intervención desde la práctica de enfermería ya que esta va más allá de suplir las necesidades básicas inmersas en el cuidado de la salud, para así mismo incluir la realización de acciones en pro de la educación, autocuidado, prevención de enfermedades y mantenimiento de la salud.

Enfermería se considera una disciplina encaminada hacia el cuidado de la salud humana siendo un foco central en esta profesión; es así como Madeleine Leininger afirma que el termino cuidado hace referencia a “las acciones y actividades dirigidas a ayudar, apoyar o capacitar a individuos o grupos con necesidades evidentes o anticipadas, para aliviar, sanar o mejorar una condición humana o estilo de vida o para enfrentar la muerte o la invalidez”³⁴.

Hall³⁵ afirma que a nivel sociopolítico, ético y moral; la sociedad ha establecido que cada individuo tiene derecho al cuidado de la salud, es decir que todos deben tener acceso a los servicios, disponiendo de los mismos para el cuidado de la salud. Sin duda a raíz de las múltiples diferencias y las imposibilidades presentadas por el sistema de salud, el acceso y la disponibilidad de dichos servicios se torna difícil. A partir de esto se tiene la claridad de que el cuidado de la salud es un derecho pero el acceso y la igualdad para el mismo ha llegado solo a límites teóricos, descartando así que esto solo sea una realidad social.

³³ ZARATE, Rosa A. La gestión del cuidado de enfermería. En: INDEX DE ENFERMERÍA. vol. 13, no. 44-45, p. 42-46

³⁴ LEININGER M, McFarland M. Culture care diversity human beings. *Advances in Nursing Science*. 1999; 21 (4): 14 – 28. Traducido por Beatriz Sánchez, Universidad Nacional de Colombia. Citado por MELGUIZO, Estela. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Av. Enferm.*, XXVI (1): 112 – 123, 2008; p. 114.

³⁵ HALL, Joanne y WEAVER, Bárbara. *Enfermería en salud comunitaria: un enfoque de sistemas*. OPS, 1990.

SALUD FAMILIAR.

De acuerdo a lo planteado por Louro³⁶, la salud de la familia en el transcurso de los años ha sido vista como una política pública, un grupo que está constituido por personas de diferentes edades y que trasciende más allá de estos determinando siendo necesario el mantenimiento de la salud integral, incluyendo como pilar principal el funcionamiento familiar.

La salud familiar está enmarcada por la capacidad de funcionamiento de la familia, viéndose esta como unidad biosocial en un entorno cultural, inmerso una sociedad cambiante que trasciende las condiciones físicas y mentales de las personas que lo conforman, haciendo referencia al ambiente sano y adecuado necesario para el desarrollo y desenvolvimiento de la familia³⁷.

Desde entonces el concepto de salud familiar se tornó en un ente grupal, dependiente de las interactividad y la relación familiar, que por consiguiente no es una condición que nace del estado de salud o de enfermedad³⁸.

Según lo sostenido por Zabalegui³⁹, la salud comunitaria es un elemento primordial para el profesional de enfermería quien en su esfuerzo de dar lo mejor de sí mismo, busca a diario los métodos necesarios para fortalecer y potenciar la salud en la comunidad; en la actualidad se reconoce que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son estrategias básicas para retardar y evitar la morbilidad, buscando potenciarse todos los factores protectores presentes en la familia y disminuyendo todos aquellos factores de riesgo encaminan a adquirir enfermedades de cualquier tipo, es por esto que el programa de salud familiar es de vital importancia en la comunidad ya que se anticipa y previene situaciones que conlleven a alterar la salud en la comunidad

³⁶ LOURO BERNAL, Isabel. Modelo de salud del grupo familiar. En: REVISTA CUBANA DE SALUD PÚBLICA. vol. 31, no. 4, p. 0

³⁷ Ibid., p. 0

³⁸ Ibid., p. 0

³⁹ ZABALEGUI, Adelaida. El rol del profesional en enfermería. En: AQUICHAN. vol. 3, no. 1, p. 16-20

Caren⁴⁰, argumenta que existen enmarcadas y contextualizadas algunas características importantes que debe tener el programa de salud familiar entre las que se encuentra: un enfoque que incluya los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales tanto de la familia como de la comunidad; debe haber continuidad de la atención y aplicación de los procesos que contribuyen al cuidado de la salud, debe haber una prestación de servicios que sea integral e integrada.

Así mismo es imprescindible el compromiso y la responsabilidad que debe tener la familia y la comunidad ante las actividades y métodos implementados para el mejoramiento de su salud; a la familia se le debe permitir tener participación social y que a su vez sean voceros y apliquen la promoción de la salud teniendo en cuenta la interculturalidad promoviendo la diferencia ni discriminación de condiciones con la finalidad de generar un impacto en la salud de la comunidad intervenida⁴¹.

2.4.2. ENFERMERÍA COMUNITARIA.

La participación en el cuidado compartido de la salud de las personas, las familias y las comunidades, en lo continuo de su ciclo vital y en los diferentes aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, en su entorno y contexto socio-cultural» es la misión definida en el plan formativo de la Enfermera Familiar y Comunitaria tal como lo describe Puigvila y colaboradores⁴²; de esta definición se deduce que es una de las especialidades enfermeras más amplias y complejas, puesto que abarca todas las edades del ciclo vital y en todos los aspectos del proceso salud y enfermedad de la comunidad.

⁴⁰ CAREN, C. Programa de salud familiar. [En línea], Marzo 29 de 2011. [revisado 5 de Mayo de 2019]. Disponible en Internet: <http://cesfamcaren.over-blog.es/article-que-es-la-salud-familiar-70531580.html>

⁴¹ ZABALEGUI, Op. cit., p. 18.

⁴² PUIGVILA, Montserrat; BRUGUÉS, Alba y GUTIÉRREZ, Cèlia. Especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria: una realidad. En: ATENCIÓN PRIMARIA. vol. 43, no. 5, p. 220-221

Por lo tanto Hall⁴³, ratifica que la salud en sus bases es un sistema integrado con un objetivo principal el cual es que desde enfermería se pueda interrelacionar e interactuar en el entorno en el que está inmerso el ser humano; es por esto que la enfermería comunitaria se centra en el sistema de creencias ya establecido por las familias y la comunidad, desde la transculturalidad, resaltando el aprendizaje para llevar estilos de vida saludables, utilizando todos los aspectos presentes en su entorno y cotidianidad que contribuyan en el cuidado de la salud familiar.

2.4.3. SATISFACCIÓN.

De acuerdo con Ponce⁴⁴, la satisfacción comunitaria por la calidad de un servicio brindado se vincula muy estrechamente con las necesidades previamente identificadas de igual manera se relaciona con la percepción, creencias y perspectiva de la persona a la que se interviene ante lo que va a recibir.

Se considera que la satisfacción es la comparación que realiza el individuo o colectivo intervenido, sus expectativas frente a las acciones realizadas y el resultado netamente obtenido luego de recibir la intervención, es por esto que la satisfacción de la persona, familia y comunidad ante una atención recibida se puede constituir como una medida de control de calidad. La medición por medio de encuestas y entrevistas de los resultados obtenidos en conjunto con la satisfacción de los usuarios son dos pilares fundamentales para crear planes de acción en busca de mejorar y superar obstáculos fortaleciendo las debilidades encontradas en los servicios prestados como lo plantea Ponce⁴⁵.

⁴³ HALL, Op. cit., p. 4.

⁴⁴ PONCE, Luis. Calidad de vida y participación comunitaria: evaluación psicosocial de proyectos urbanísticos en barrios pobres. En: INTERAMERICAN JOURNAL OF PSYCHOLOGY. vol. 38, no. 1, p. 73-86.

⁴⁵ Ibíd., p. 75.

2.5. MARCO LEGAL.

Las intervenciones del programa de extensión solidaria, se han basado en acciones legales que permiten ese desempeño dentro del marco legal y normativo, que es bastante amplio y de ahí se debe extraer de las mismas dado que no hay una norma específica, acerca de los planes y/o programas de salud familiar, estas desarrollan acciones muy variadas de educación al autocuidado pero igualmente acciones de demanda inducida e intervención y aplicación de instrumentos, al tenor a lo anterior se presenta la siguiente normatividad.

La norma de normas en Colombia en su Título II Capítulo 2, modificado por el Acto Legislativo 002 de 2009, en ese orden:

“Art 46, El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia”.⁴⁶

“Art 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley (...)”⁴⁷.

“Art. 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. (...) Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.(...)”⁴⁸

⁴⁶ COLOMBIA. ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. (04, julio,1991) Constitución Política. Legis Editores S.A. Bogotá D.C. Enero 2018. ISBN 978-958-767-666-2. 978-958-767-667-2. p 13

⁴⁷ Ibíd., p. 13.

⁴⁸ Ibíd., p. 15.

Se puede observar el carácter de irrenunciable a la salud como elemento constitutivo de la dignidad humana a tal punto que la misma carta magna ordena a los habitantes propender por su propio autocuidado.

El Acuerdo 117 de 1998, emanado del Ministerio de Salud, y en él están consignadas la facultades de expedir las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, (demanda inducida), se dan lineamientos de las normas técnicas, y guías de atención.

La Resolución 0412 de 2000, del Ministerio de la Protección Social, que contiene la adaptación de las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades procedimientos e intervenciones para el desarrollo de las acciones de protección específica de detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública.

El Acuerdo 0380 de 2007, que actualiza la guía de planificación familiar en hombres y mujeres y se agregó al P.O.S., anticonceptivos de tipo hormonal.

La Ley 1616 de 2013 Ley de Salud Mental.

El Programa nacional de salud, medicina familiar y comunitaria retoma los lineamientos de la ley 1438 de 2011, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, y las recientes leyes 1751 y 1753 de 2015, que orientan la construcción de nuevo Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS- con los enfoques de Atención Primaria en Salud, Salud Familiar y Comunitaria, gestión integral del riesgo (articulación de actividades individuales y colectivas) y enfoque poblacional y diferencial.

Cabe mencionar también, de reciente expedición y promulgación la Resolución 3280 de 2018 que deroga la Resolución 0412 de 2000 y crea las Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS, y establece las nuevas pautas en los programas llamados de P y P y la Resolución 0276 de 2019 que amplía los tiempos de implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS.

Situación que al estar ya una norma derogada hace que el principio de Restrospectividad de la Ley surja y se pueda seguir aplicando la Resolución 0412 de 2000 por algún tiempo más.

3. METODOLOGÍA.

3.1. TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo transversal con enfoque cuantitativo.

3.2. ESCENARIO DEL ESTUDIO.

El presente estudio fue realizado en los barrios Granada y Camilo Torres de la ciudad de Montería.

3.2.1. DESCRIPCIÓN DE LOS BARRIOS.

El barrio Granada se encuentra ubicado en el municipio de Montería y departamento de Córdoba, Limita al norte con el barrio 14 de Julio, limita al sur con el barrio La Samaria, limita al este con el barrio Buenavista y al oeste con el barrio Urbina. En este se trabajaron con 51 familias, las cuales fueron seleccionadas y participaron activamente en el programa de Salud Familiar.

El barrio Camilo Torres en el cual se seleccionaron 59 familias, las cuales hicieron parte del programa de extensión de Salud Familiar de la Universidad de Córdoba. En general estas familias se caracterizan por tener tipología familiar extensa completa y extensa incompleta donde se encontraron todos los rangos de edades de acuerdo a su curso de vida.

3.3. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.

3.3.1. POBLACIÓN.

La población objeto de estudio, fueron las familias de dos barrios de Montería (Granada y Camilo Torres) beneficiarias del Programa de Extensión Solidaria “Salud Familiar” liderado por estudiantes y docentes del Programa de Enfermería de la Universidad de Córdoba.

Las familias que viven en los barrios seleccionados, son consideradas socialmente vulnerables, viven en condiciones de pobreza, desigualdad social y habitan en sectores ubicados en estrato 1 (Camilo Torres) y 2 (Granada).

3.3.2. MUESTRA.

Para el presente estudio se incluyó en la muestra, las familias de los barrios Camilo Torres y Granada del municipio de Montería, intervenidas por el programa de Salud Familiar de la Universidad de Córdoba, que decidieron participar voluntariamente en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

Para el cálculo del tamaño de la muestra, se utilizó el aplicativo para el muestreo aleatorio estratificado de la Universidad de Granada (España), ésta técnica de muestreo se utiliza cuando en la población se pueden distinguir subgrupos, en este estudio se pudieron identificar dos subgrupos que corresponden a cada uno de los barrios, del mismo modo se hace con afijación proporcional, donde el número de elementos muestrales de cada estrato es directamente proporcional al tamaño del estrato dentro de la población. $n = 55$ familias, las cuales firmaron el consentimiento informado. (Anexo A).



MUESTREO ALEATORIO ESTRATIFICADO CON AFIJACIÓN PROPORCIONAL

0,545

Tamaño de la población objetivo_____ 110
Tamaño de la muestra que se desea obtener_____ 60
Número de estratos a considerar_____ 2

Afijación simple: elegir de cada estrato 30 sujetos

Estrato	Identificación	N° sujetos en el	Proporción	Muestra del estrato
1		59	53,6%	32
2		51	46,4%	28
		Correcto	100,0%	60

Fuente: aplicativo muestreo aleatorio estratificado con afijación proporcional, Universidad de Granada.

3.3.3. MUESTREO.

El muestreo fue probabilístico, puesto que todas las familias de los barrios seleccionados tuvieron igual probabilidad de participar en el estudio.

3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS.

Estuvo constituida por las familias de los barrios Camilo Torres y Granada del municipio de Montería, intervenidas por el programa de Salud Familiar de la Universidad de Córdoba, que decidieron participar voluntariamente en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

3.5. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La información fue recolectada por los investigadores mediante la aplicación de la “Encuesta de Satisfacción con el Servicio. CPC-UN-ESU” (Anexo B), diseñada por Olga Janeth Gómez Ramírez, doctora en Enfermería y docente de la Facultad de

Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia; para tal efecto la autora otorgó el aval por escrito (Anexo C).

La encuesta fue diseñada en el año 2016, revisada y validada exteriorizando las variables necesarias para determinar el nivel de satisfacción de las personas con ECNT en el contexto de América Latina⁴⁹.

El instrumento consta de 19 ítems, distribuidos en 4 dimensiones. La dimensión número 1 mide el nivel de satisfacción con los cuidados, está conformada por 5 preguntas que permiten medir la amabilidad del estudiante, la confianza que le transmitió el estudiante, el interés, el tiempo que dedico el estudiante a la familia y la utilidad del cuidado brindado.

⁴⁹ RAMÍREZ, Olga; CARRILLO, Gloria y CÁRDENAS, Diana. Encuesta de satisfacción con el cuidado de la salud en las personas con enfermedad crónica. Enfermería Global. 2016, vol. 15, nro. 44. pp. 321-330.

La dimensión número 2 hace referencia al el nivel de satisfacción con las condiciones del servicio, el cual consta de 5 preguntas que permiten medir la disponibilidad institucional, la dotación para las actividades (material educativo y didáctico), trámites para facilitar el acceso a servicios de salud por medio de demandas inducidas y remisiones, la oportunidad de acceso a los servicios y la efectividad de la gestión para la atención en salud oportuna.

La dimensión número 3 mide el nivel de satisfacción con la educación en salud, este cuenta con 5 preguntas que permiten identificar la satisfacción con respecto a los beneficios de las actividades educativas realizadas, la claridad de los contenidos, ayudas educativas apropiadas, forma en que se desarrolla las actividades y el interés que despertó la temática socializada.

La dimensión número 4 mide las expectativas que tuvo la familia frente al programa de salud familiar, determinando si estas fueron cumplidas y si recomendaría a otras familias participar en el programa de salud familiar.

Para la medición y análisis de las respuestas de la primera, segunda y tercera dimensión, se utilizó una escala de Likert con tres opciones de respuesta: poco satisfecho, satisfecho y muy satisfecho y la dimensión número 4 se califica en forma dicotómica con opciones SI o NO.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Una vez recolectada la información, se elaboró una base de datos en Excel versión 2010 donde se categorizaron las respuestas obtenidas según la dimensión estudiada, luego se realizó el respectivo análisis utilizando la estadística descriptiva. La información se presenta en gráficas.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.

Para el desarrollo de este trabajo se tuvo en cuenta lo estipulado en la Resolución 8430 de 1993, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. En el capítulo II, artículo 18, especifica sobre las investigaciones en comunidades, dentro de las cuales se encuentran las familias de quienes se obtuvo un consentimiento informado donde se les dio a conocer la información y finalidad de la investigación.

Durante este estudio se respetó los derechos a la intimidad y a la privacidad los cuales suscitan el deber a la confidencialidad, del mismo modo se tuvo presente la discreción con la información obtenida durante la aplicación de las encuestas, evitando la divulgación innecesaria de resultados muy privados que no generan ningún beneficio académico.

3.8. PROPIEDAD INTELECTUAL Y RESPONSABILIDAD.

La propiedad intelectual de los resultados y la responsabilidad sobre los conceptos emitidos es del equipo investigador conformado por el director temático y los estudiantes de Enfermería.

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

El análisis de los resultados obtenidos en la investigación, se realizó en 4 dimensiones, correspondientes a las encuestas realizadas; en la primera dimensión hace referencia al nivel de satisfacción de las familias en cuanto a los cuidados en salud brindados en el Programa de Extensión Solidaria de Salud Familiar; la segunda dimensión analiza la satisfacción con las condiciones del servicio ofrecido, la tercera dimensión hace énfasis en la satisfacción con la educación en salud brindada y finalmente la última y cuarta dimensión determina las expectativas de las familias frente al programa de salud familiar. A continuación se presentaran los resultados obtenidos de acuerdo a los dos barrios seleccionados para posteriormente realizar su comparación.

4.1. Nivel de satisfacción con los cuidados brindados desde el programa de salud familiar a las familias intervenidas.

Tabla 1. Nivel de satisfacción con los cuidados ofertados.

CRITERIO	RESPUESTA	CAMILO TORRES		GRANADA	
		N°	PORCENTAJE %	N°	PORCENTAJE %
Amabilidad del estudiante	Poco satisfecho	0	0,00	2	8,70
	Satisfecho	15	46,88	15	65,22***
	Muy satisfecho	17	53,13***	6	26,09
	Total	32	100,00	23	100,00
Confianza que le transmitió el estudiante	Poco satisfecho	0	0,00	3	13,04
	Satisfecho	18	56,25***	14	60,87***
	Muy satisfecho	14	43,75	6	26,09
	Total	32	100,00	23	100,00
Interés del estudiante hacia la familia	Poco satisfecho	0	0,00	3	13,04
	Satisfecho	14	43,75	13	56,52***
	Muy satisfecho	18	56,25***	7	30,43
	Total	32	100,00	23	100,00
Tiempo que le dedico el estudiante	Poco satisfecho	1	3,13	8	34,78
	Satisfecho	18	56,25***	9	39,13***
	Muy satisfecho	13	40,63	6	26,09
	Total	32	100,00	23	100,00
Utilidad del cuidado brindado	Poco satisfecho	0	0,00	3	13,04
	Satisfecho	17	53,13***	14	60,87***
	Muy satisfecho	15	46,88	6	26,09
	Total	32	100,00	23	100,00

Fuente: Resultados de la presente investigación (2019).

A partir de los resultados obtenidos de las familias encuestadas en cuanto a la satisfacción con los cuidados brindados durante las intervenciones realizadas por el Programa de Extensión Solidaria de Salud Familiar; con respecto a la amabilidad del estudiante, en el barrio Camilo Torres el 100% de las familias estuvieron satisfechas y muy satisfechas mientras que en el barrio Granada el porcentaje de satisfacción fue de 91,30.

En cuanto a la confianza transmitida por el estudiante en el barrio Camilo Torres el 100% de las familias estuvieron satisfechas y muy satisfechas, en el barrio Granada los índices de satisfacción aunque fueron altos disminuyeron a un 86,96%. Con respecto al interés del estudiante hacia las necesidades e intervenciones, el 100% de las familias de Camilo Torres estuvieron satisfechas y muy satisfechas mientras que de las familias del barrio Granada 86,96%.

De acuerdo con el tiempo que le dedico el estudiante, las familias del barrio Camilo Torres estuvieron satisfechas y muy satisfechas arrojando así un porcentaje de satisfacción de 96,88% mientras que en las familias del barrio Granada un 65,22% estuvieron satisfechas y muy satisfechas. Finalmente en concordancia al criterio de utilidad del cuidado brindado del estudiante hacia las familias, la percepción de las familias del barrio Camilo Torres fue en un 100% satisfechas y muy satisfechas mientras que los resultados de las familias del barrio Granada arrojó un porcentaje de 86,96%.

De acuerdo con los resultados obtenidos, en forma general puede afirmarse que las familias de ambos barrios están satisfechas con el cuidado ofertado por estudiantes y docentes de Enfermería de la Universidad de Córdoba, mediante el Programa de Extensión Solidaria de Salud Familiar.

Es relevante resaltar la importancia y la calidad del cuidado ofertado, los estudiantes brindaron un cuidado humanizado, amable y respetuoso, el cual generó confianza y participación de las familias en las actividades; destacando que un porcentaje significativo de las familias no estuvieron satisfechas con el tiempo dedicado por el estudiante, debido a que les pareció poco tiempo y en ocasiones la disponibilidad de tiempo de los miembros de la familia que tenían responsabilidades laborales era un limitante para desarrollar las actividades propuestas por el programa, así mismo manifestaron que les gustaría seguir participando y recibiendo componentes educativos.

A partir de los hallazgos encontrados, se establece que existen aspectos determinantes, como lo son la amabilidad, la confianza que se le transmite a la familia, el interés que demuestra el estudiante ante las necesidades de la familia, el tiempo que se le dedica y la utilidad del cuidado brindado de acuerdo a sus necesidades, son criterios importantes para llegar, impactar e intervenir positivamente en la salud familiar, buscando estrategias para que a partir de dichos aspectos se pueda mejorar la calidad de vida de la comunidad.

Los resultados obtenidos en esta investigación son coherentes con los expuestos por Salvador CM⁵⁰, cuando afirma que la satisfacción de la persona o usuario al que se le brinda un servicio de cuidado o educativo en salud no solo depende de la información suministrada sino que también depende de la interacción personal entre los actores que participan en dicho proceso en esta investigación “encontró que el cliente percibe de manera positiva la existencia de características estructurales como la eficacia y la tangibilidad, sin embargo, el usuario valora más el trato y las competencias de los profesionales. Existen ciertos aspectos percibidos como: largos tiempos de espera, falta de calidez en el trato y deficiencias en el confort, que influyen en el nivel de satisfacción de los usuarios”

El estudiante de enfermería en su proceso de formación académica adquiere la habilidad de crear interés personal o mejor dicho empatía con las personas a las cuales les brinda una acción de cuidado ya sea de tipo educativo o clínico.

⁵⁰ SALVADOR, CM. La percepción del cliente de los elementos determinantes de la calidad del servicio universitario: características del servicio y habilidades profesionales, citado por FERRADA, Amanda y GRANDÓN, Katiuska. Calidad de servicio: satisfacción usuaria desde la perspectiva de enfermería. En: ENFERMERÍA GLOBAL. vol. 13, no. 4, p. 353-372.

De acuerdo con Gómez y Rodríguez⁵¹ en Bucaramanga en 2013 quienes mencionan que los estudiantes de enfermería al inicio de su carrera académica sin haber tenido una experiencia de cuidar, aprenden a través de una experiencia narrada por un enfermero profesional, encontrando en ese relato o narración que antes de ser enfermero se es persona, la cual se interesa por el bienestar y la salud de las personas ya sea de tipo individual o comunitaria de forma, puesto que los seres humanos somos cuidadores innatos por naturaleza.

⁵¹ GÓMEZ, Martha y RODRÍGUEZ, Blanca. Situación de enfermería como herramienta para enseñar el proceso de atención de enfermería. En: REVISTA CUIDARTE. vol. 4, no. 1, p. 544-549.

4.2. Nivel de satisfacción con las condiciones del servicio brindado a las familias que hicieron parte del programa de salud familiar

Tabla 2. Nivel de satisfacción con las condiciones del servicio.

CRITERIO	RESPUESTA	CAMILO TORRES		GRANADA	
		N°	PORCENTAJE %	N°	PORCENTAJE %
Disponibilidad institucional	Poco satisfecho	1	3,13	6	26,09
	Satisfecho	14	43,75	11	47,83***
	Muy satisfecho	17	53,13***	6	26,09
	Total	32	100	23	100
Dotación de materiales para las actividades durante la visita	Poco satisfecho	1	3,13	5	21,74
	Satisfecho	13	40,63	11	47,83***
	Muy satisfecho	18	56,25***	7	30,43
	Total	32	100	23	100
Trámites para facilitar el acceso a servicios de salud	Poco satisfecho	1	3,13	7	30,43
	Satisfecho	12	37,50	8	34,78
	Muy satisfecho	19	59,38***	8	34,78***
	Total	32	100	23	100
Oportunidad de atención en los servicios de salud	Poco satisfecho	1	3,13	7	30,43
	Satisfecho	14	43,75	8	34,78
	Muy satisfecho	17	53,13***	8	34,78***
	Total	32	100	23	100
Efectividad en la remisión para el acceso a los servicios de salud	Poco satisfecho	3	9,38	8	34,78
	Satisfecho	13	40,63	7	30,43
	Muy satisfecho	16	50***	8	34,78***
	Total	32	100	23	100

Fuente: Resultados de la presente investigación (2019).

A partir de los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a las familias de los barrios Camilo Torres y Granada se obtuvo que en cuanto a la disponibilidad institucional desde el programa de Salud Familiar de la Universidad de Córdoba; las familias del barrio Camilo Torres con un 96,88% estuvieron satisfechas y muy satisfechas.

Las familia pertenecientes a Granada arrojó un resultado de 73,91%, esto debido a los periodos de tiempo estipulados para las visitas domiciliarias, guardando relación este resultado con el tiempo dedicado por el estudiante; es importante tener en cuenta que los horarios estipulados por la academia son de estricto cumplimiento y algunas veces no concordaban con la disponibilidad de tiempo de las familias a intervenir; sin embargo se utilizaron estrategias, como cambio de horario y permisos con el fin de lograr una participación completa de las familias en las actividades propuestas.

Por otra parte en lo que respecta a la dotación de materiales para las actividades durante las visitas, abarcando elementos didácticos, para la realización de manualidades, folletos, afiches y carteles; las familias del barrio Camilo torres manifestaron estar satisfechas y muy satisfechas dando así un resultados de 96,88%.

Las familias del barrio Granada la percepción ante esto fue diferente arrojando un resultado de 78,26%, en este sentido se resalta que al momento de volver frecuentar las familias para la aplicación de las encuestas, muchas mostraron sentirse contentas, aflorando emociones de alegría, nostalgia y agradecimiento al recordar las actividades que desde el primer momento en que el estudiante tuvo contacto con ellos, se realizaron; muchas aun guardan recuerdos de manualidades, fotos y trabajos realizados durante las intervenciones en las visitas domiciliarias.

En lo que concierne a los trámites realizados para facilitar el acceso a los servicios de salud por el cuerpo estudiantil en conjunto con docentes quienes en su momento se vieron involucrados en las actividades realizadas (médico y nutricionista), las familias intervenidas en el barrio Camilo Torres tuvieron un porcentaje de 96,88; pues si bien es cierto las gestiones y diligenciamiento de los estudiantes para que estas familias tuvieran acceso fácil a los servicios de salud fueron de gran efectividad a través de constantes llamadas y visitas, sin dejar de lado lo imprescindible que fue tener cerca de la comunidad la E.S.E vida Sinú Camilo Torres como aliado estratégico.

Así mismo las familias intervenidas en el barrio Granada tuvieron como resultado un porcentaje de 69,57, igualmente a las familia de dicho barrio se les realizo intervenciones, llamados, remisiones, a las respectivas entidades de salud a las cuales pertenecían para tramitar y facilitar la atención en salud que les era necesaria.

Lo anterior guarda gran relación con el siguiente criterio a analizar el cual es la oportunidad de atención en los servicios de salud, puesto que a partir de las intervenciones realizadas considerando las necesidades de cada individuo de las familias partiendo desde las afiliaciones a empresas prestadoras de servicios de salud hasta remisión y diligenciamiento para citas médicas, en este sentido los resultados fueron los siguientes, para las familias del barrio Camilo Torres estuvieron satisfechas y muy satisfecha representando esto una cantidad del 96,88% mientras que con relación al mismo criterio en el barrio Granada el porcentaje fue de 69,57%.

Finalmente con respecto a la efectividad en la remisión para el acceso a los servicios de salud, a partir de esto un 90,63% de las familias del barrio Camilo Torres estuvieron satisfechas y muy satisfechas mientras tanto un 65,22% de las familias del barrio Granada correspondieron estas con el mismo criterio.

De acuerdo a estos resultados es importante resaltar la efectividad de las gestiones en salud realizadas por los estudiantes de enfermería, docentes y demás personas que estuvieron involucrados en la atención a las familias, así mismo destacar el compromiso y la dedicación que tuvieron estos al momento llevar a cabo las remisiones necesarias y seguimiento del cumplimiento de las mismas, priorizándolas según las condiciones de salud detectadas en las familias en sus diferentes cursos de vida.

En concordancia con lo anterior se encontró que en lo que respecta a la gestión del cuidado en enfermería, Aguayo y Mella⁵² en el año 2015 en Chile, encontraron que la responsabilidad ética que se enmarca en la profesión de enfermería tiene como componente principal la gestión de cuidado, donde se relaciona estrechamente con la humanización de cuidado, situando a los profesionales de enfermería como gestores de cuidado, con el fin de brindar un cuidado integral y humanizado, basado en principios como autonomía, beneficencia y no maleficencia, la integralidad de dicho cuidado está vinculada a un modelo de salud familiar, viéndose así al individuo como un ser biopsicosocial, reconociendo las necesidades de cada persona teniendo en cuenta su entorno funcional y familiar.

De igual manera la gestión del cuidado incluye factores determinantes como lo son coordinar y planear con otros profesionales, actividades que fomenten la atención integrada del individuo y la familia desde un enfoque multidisciplinar.

⁵² AGUAYO, Fabiola y MELLA, Rebeca. Significado práctico del Concepto Gestión del Cuidado en las Enfermeras/os que se desempeñan en Atención Primaria en Salud. En: CIENCIA Y ENFERMERÍA. vol. 21, no. 3, p. 73-85.

Igualmente Fajardo, Gutiérrez y colaboradores⁵³ en el año 2015 en México, a través de su estudio el cual guarda relación con la presente investigación; resaltan el derecho de la salud el cual es importante analizar sin dejar de lado el contexto en el que se desenvuelven las personas y un sistema de salud cambiante, debido a que guarda una gran relación con el acceso que se tiene a los servicios de salud que implican el área física, mental, promoción, mantenimiento y rehabilitación.

El acceso a los servicios de salud es entonces el resultado final de todas las acciones, gestiones y procesos realizados que llegan a garantizar la efectividad de la atención en salud.

Como complemento Gallardo y Reynaldos⁵⁴ en el año 2014 en Chile, postulan que una atención de enfermería de calidad debe estar cimentada en el cuidado, centrada en el individuo y la familia teniendo en cuenta sus necesidades y expectativas; por lo que es indispensable educar, informar para así facilitar los procesos, tomas de decisiones lo que permite que sea evaluada la atención brindada y recibida. No obstante dicha atención debe ser segura y continua enmarcada en el contexto en que se realiza, haciendo énfasis en un sistema de seguridad, recursos humanos y patrones de comportamiento.

⁵³ FAJARDO, Germán; GUTIÉRREZ, Juan y GARCÍA, Sebastián. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. En: SALUD PÚBLICA DE MÉXICO. vol. 57, no. 2, p. 180-186.

⁵⁴ GALLARDO, Amanda; REYNALDOS, Katiuska. Calidad de servicio: satisfacción usuaria desde la perspectiva de enfermería. En: ENFERMERÍA GLOBAL. vol. 13, no. 4, p. 353-372.

4.3. Nivel de satisfacción a partir de la educación en salud brindada a las familias intervenidas.

Tabla 3. Nivel de satisfacción con la educación en salud.

CRITERIO	RESPUESTA	CAMILO TORRES		GRANADA	
		Nº	PORCENTAJE %	Nº	PORCENTAJE %
Beneficios de la actividad educativa	Poco satisfecho	0	0	1	4,35
	Satisfecho	17	53,13***	14	60,87***
	Muy satisfecho	15	46,88	8	34,78
	Total	32	100	23	100
Claridad de los contenidos	Poco satisfecho	0	0	2	8,70
	Satisfecho	16	50	13	56,52***
	Muy satisfecho	16	50	8	34,78
	Total	32	100	23	100
Ayudas educativas apropiadas	Poco satisfecho	0	0	5	21,74
	Satisfecho	16	50	12	52,17***
	Muy satisfecho	16	50	6	26,09
	Total	32	100	23	100
Forma de desarrollo de la actividad	Poco satisfecho	1	3,13	5	21,74
	Satisfecho	15	46,88	12	52,17***
	Muy satisfecho	16	50***	6	26,09
	Total	32	100	23	100
Interés que despertó el tema	Poco satisfecho	1	3,13	4	17,39
	Satisfecho	15	46,88	13	56,52***
	Muy satisfecho	16	50***	6	26,09
	Total	32	100	23	100

Fuente: Resultados de la presente investigación (2019).

A partir de los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a las familias de los barrios Camilo Torres y Granada se obtuvo que en cuanto a los beneficios de la actividad educativa desde el programa de salud familiar de la universidad de córdoba; las familias del barrio Camilo Torres con un 100% estuvieron satisfechas y muy satisfechas mientras que las familia pertenecientes a Granada arrojó un resultado de 95,65%.

Antes de realizar las educaciones y actividades propuestas, cada estudiante que intervino en las familias realizó un diagnóstico y a partir de los hallazgos encontrados en los factores de riesgo y factores protectores, se realizó el proceso educativo para impactar, cambiar, mejorar y fortalecer todos los aspectos encontrados tanto ambiental, social y funcionalidad familiar.

Por otra parte en lo que respecta a la claridad de los contenidos de las educaciones realizadas para toda la familia; las familias del barrio Camilo torres manifestaron estar satisfechas y muy satisfechas dando así un resultados de 100% mientras que en las familias del barrio Granada la percepción ante esto fue diferente arrojando un resultado de 91,30%.

Se resalta que al momento de volver frecuentar las familias para la aplicación de las encuestas, muchas mostraron sentirse muy a gusto con los contenidos socializados y manifestaron que los temas que más recuerdan e hicieron impacto fueron los expuestos en tercer semestre como lo son manejo y clasificación de residuos generados en la vivienda, cloración de agua y muchas de estas familias aun guardan recuerdos de manualidades, fotos, afiches y trabajos realizados durante las intervenciones en las visitas domiciliarias.

En lo que concierne a las ayudas educativas como cartillas, carteleras y rotafolio utilizados para las educaciones brindadas, las familias intervenidas en el barrio Camilo Torres tuvieron un porcentaje de satisfacción de 100%; pues si bien es cierto los materiales implementados fueron muy didácticos y manejables dependiendo de los miembros de las familias que se iban a intervenir según los cursos de vida.

Así mismo las familias intervenidas en el barrio granada tuvieron como resultado un porcentaje de satisfacción de 78,26%, igualmente las familias de dicho barrio se les realizó intervenciones de acuerdo a cada población de interés y a los semestres que estaban cursando los estudiantes, logrando así realizar las respectivas actividades involucrando a toda la familia.

Lo anterior guarda gran relación con el siguiente criterio a analizar, el cual es la forma de desarrollo de las actividades educativas; a partir de las intervenciones realizadas, considerando las necesidades de cada individuo de las familias, para así desarrollar de una manera didáctica y entendible cada actividad, teniendo en cuenta el nivel educativo, la disponibilidad de tiempo, la funcionalidad familiar y relaciones interpersonales dentro y fuera del entorno familiar; para las familias del barrio camilo torres estuvieron satisfechas y muy satisfecha representando esto un porcentaje de satisfacción del 96,88% mientras que en relación al mismo criterio en el barrio Granada el porcentaje fue de 78,26%.

Finalmente con respecto al interés que despertó la temática expuesta a las familias, muchas de estas manifestaron que les fue de mucha ayuda para poner en práctica las recomendaciones, las educaciones y la temática impartida, a partir de esto un 96,88% de las familias del barrio Camilo Torres estuvieron satisfechas y muy satisfechas mientras que el porcentaje de satisfacción para las familias del barrio Granada fue de 82,61%.

A partir de estos resultados, es importante recalcar el impacto que tuvo las educaciones en salud brindadas por los estudiantes del programa de enfermería de la Universidad de Córdoba, esto se puede evidenciar a través de las experiencias verbalizadas por las familias durante la aplicación de las encuestas, quienes se mostraron muy emocionados y aun guardan los trabajos realizados durante las visitas domiciliaria con entusiasmo por haber logrado aprender muchos temas nuevos los cuales fueron beneficiosos para aplicarlos en la cotidianidad de su entorno.

De acuerdo a los hallazgos anteriores, el estudio realizado por Sarriá y Villar⁵⁵ en el año 2015 en España, guarda gran relación con el presente apartado debido a que sus autores exponen que promover estilos de vida saludables no abarca solamente la información que un profesional de la salud puede impartir, resaltando la importancia que tiene poner en práctica dichas recomendaciones; en todo caso esta información brindada es necesaria para que impacte y provoque cambios, pero esta misma sigue siendo un elemento insuficiente para lograr los objetivos planteados en la comunidad, debido a que es primordial la escucha de las propias versiones y experiencias vividas por cada individuo, dentro de su contexto social, familiar, destacando las características que lo hacen diferente de cada persona, las percepciones que tienen, los patrones de salud y enfermedad y antecedentes personales y familiares.

De igual manera la investigación realizada por Aguilar y Rabanaque⁵⁶ en el año 2015 en España, guarda gran relación con el presente estudio puesto que describe que la salud es multidimensional, es decir que abarca la salud física y mental y se asocia a la morbilidad y el acceso a los servicios sanitarios.

Según el estudio existen características que determinan la manera como el individuo y la familia perciben la educación impartida por el personal de salud, en la cual hay gran influencia de los determinantes socioeconómicos y ocupacionales del individuo, asociándose así el nivel educativo y la salud de tal forma que puede mejorándola o empeorándola, potenciando los factores protectores o en su defecto incrementando los factores de riesgo presentes en el entorno familiar.

⁵⁵ SARRIÁ, Antonio y VILLAR, Fernando. Promoción de la salud en la comunidad.

⁵⁶ AGUILAR, Isabel; CARRERA, Patricia y RABANAQUE, M. José. Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). En: GACETA SANITARIA. vol. 29, no. 1, p. 37-43.

Otro estudio relacionado con la presente investigación es el realizado por Vallejo y Martínez⁵⁷ en el año 2017 en Colombia, en el cual resaltan que educar sobre los hábitos saludables es una de las formas de impactar para mejorar la calidad de vida de quienes reciben la intervención permitiendo de esta manera que se modifiquen las conductas no saludables.

Dicho estudio trabaja con una población de adolescentes que a través de talleres educativos e intervenciones en salud iniciaron con un estilo de vida inadecuado y a medida que iban transcurriendo las semanas y el tiempo, los hábitos fueron cambiando y mejorando, es decir que la educación y la información impartida les ayudo a crear conciencia y sentirse apoyados por profesionales capacitados para lograr cambios positivos en sus vidas.

⁵⁷ VALLEJO, Nicole y MARTÍNEZ, Eduardo. Impacto de la promoción de estilos de vida saludable para mejorar la calidad de vida. En: DRUGS AND ADDICTIVE BEHAVIOR. vol. 2, no. 2, p. 225-235.

4.4. Nivel de fidelización de las familias luego de su experiencia al hacer parte del programa de salud familiar.

Tabla 4. Expectativas frente al programa de salud familiar.

Criterio	Respuesta	Camilo torres		Granada	
		N°	Porcentajes %	N°	Porcentajes %
Cumplió con sus expectativas	Si	32	100	23	100
	No	0	0	0	0
	Total	32	100	23	100
Recomendaría a otras familias participar en el programa de salud familiar	Si	32	100	23	100
	No	0	0	0	0
	Total	100	100	100	100

Fuente: Resultados de la presente investigación (2019).

A partir de los resultados obtenidos al aplicar las encuestas se encontró que el 100% de las familias manifestaron que el programa de salud familiar cumplió con sus expectativas, se sintieron a gusto con todas las actividades realizadas, y así mismo el 100% de las familias recomendarían a otras familias a participar en el programa de salud familiar.

Analizando estos resultados cabe resaltar que el impacto que se ha generado en las familias desde la universidad de córdoba, el Programa de Enfermería y de Extensión Solidaria de Salud Familiar, ha sido muy significativo debido a que las intervenciones realizadas han sido oportunas, los cuidados brindados fueron humanizados y priorizados, las educaciones fueron las requeridas, necesarias y de gran beneficio para la comunidad demostrando efectos positivos y mejorando sus hábitos cotidianos y calidad de vida.

De acuerdo a los resultados encontrados el estudio realizado por De Arco y Suarez⁵⁸ en el año 2018 en Bogotá Colombia, el profesional de enfermería debe estar en capacidad de brindar cuidados a todas las personas, independientemente de su condición; ésta atención debe garantizar el bienestar y la seguridad de las personas, preservando su salud; para lograr su objetivo, debe estar en permanente desarrollo y fortalecer actitudes y valores que permitan la humanización en su quehacer cotidiano, siendo reflexivo, crítico, comprometido, humanista, solidario, respetuoso, honesto, creativo, participativo y responsable para atender al individuo, en un sistema de salud que busca satisfacer las necesidades de la población a cuidar.

La enfermería se ha identificado como una profesión, centrada en el cuidado individual, colectivo y de entornos, a partir del desarrollo de sus acciones. La satisfacción de la persona o usuario al que se le brinda un servicio de cuidado o educativo en salud, no solo depende de la información suministrada sino que también de la interacción personal entre los actores que participan en dicho proceso como lo dicho por Salvador quien postula que “El cliente percibe de manera positiva la existencia de características estructurales como la eficacia y la tangibilidad, sin embargo, el usuario valora más el trato y las competencias de los profesionales”⁵⁹.

⁵⁸ DE ARCO, Oneys y SUAREZ, Zuleima Karina. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano.

⁵⁹ FERRADA, Op. cit., p. 354.

5. CONCLUSIONES.

Después de trabajar con las familias dos años en las prácticas formativas y de aplicar las encuestas post-intervención, se llegó a las siguientes conclusiones:

Los cuidados que se brinda a las familias intervenidas tienen un alto grado de satisfacción debido a que fueron desarrolladas dentro del marco de un programa integral que abarca todos los elementos de la salud desde el micro-entorno hasta su salud mental en los diferentes cursos de vida.

Los estudiantes y docentes brindan un cuidado de enfermería con calidad, respeto y calidez, acorde a la necesidad de los diferentes miembros de la familia según su curso de vida, cultura, religión y nivel educativo. Los estudiantes tienen un alto sentido de compromiso y de responsabilidad social con estos colectivos humanos, dan lo mejor de sí y se convierten para estas familias en referentes de salud, en referentes personales, sociales y muchas veces hasta espirituales.

El nivel del componente educativo es alto y genera cambios estructurales entre las familias, dada la creatividad y la metodología de los estudiantes, los temas dados son vigentes y de aplicación en las familias.

Las familias al final de las experiencias mantienen las expectativas y manifiestan que volverían a recibir nuevamente alumnos en sus casas para actualizar los aspectos educativos de salud.

El Programa de Extensión de Salud Familiar de la Universidad de Córdoba, desarrollado por los estudiantes de Enfermería en comunidades socialmente vulnerables durante cuatro períodos lectivos, (dos años), tiene un impacto positivo en las comunidades intervenidas, es de grata recordación y gran aceptación por las familias intervenidas e incluso en las no intervenidas.

6. RECOMENDACIONES.

Para un mejor desarrollo del programa se hacen las siguientes recomendaciones:

En esta época de las nuevas tecnologías de información sería adecuado tener las HISTORIAS CLINICAS FAMILIARES (“carpetas azules”) en archivos digitales y las nuevas elaborar un programa que se vaya alimentando en tiempo real esa información de tal suerte que más ágil para el estudiantes, más fácil para evaluar por parte del profesor y si se requiere consulta posterior hay facilidad de obtener la información de las familias.

Que la Universidad genere más apoyo logístico para que los estudiantes puedan realizar mejor su trabajo, sobre todo en intervenciones grupales.

Que se conserven los materiales didácticos exitosos para ser utilizados por otros estudiantes.

Que haya mayor flexibilidad en los horarios dado que no todas las personas del componente familiar están todo el tiempo en la jornada de la mañana, como los niños cuando se hace la visita en la mañana ellos están en la tarde y se dificulta su intervención.

Que el ente territorial se vincule más con el trabajo de los estudiantes. La academia debe hacer parte fundamental en los procesos de desarrollo territorial.

Que el aliado estratégico de primer nivel de atención, ESE VIDA SINÚ o quién haga sus veces se comprometa más con el trabajo y genere acciones de cuidado frente a los hallazgos de los estudiantes.

Que se dé mayor reconocimiento a los estudiantes por gran trabajo, entrega e impacto con la labor educativa y asistencial realizada en las comunidades.

Que se genere un proyecto de acuerdo donde se crea para el Municipio el Programa de Extensión Solidaria de Salud Familiar en la E.S.E. VIDA SINÚ como una ruta de atención integral de mantenimiento y conservación de la salud en las comunidades del ámbito territorial.

BIBLIOGRAFIA.

AGUILAR, Isabel; CARRERA, Patricia y RABANAQUE, M. José. Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). En: GACETA SANITARIA. Vol. 29, no. 1, p. 37-43

AGUAYO, Fabiola y MELLA, Rebeca. Significado práctico del Concepto Gestión del Cuidado en las Enfermeras/os que se desempeñan en Atención Primaria en Salud. En: CIENCIA Y ENFERMERÍA. Vol. 21, no. 3, p. 73-85

ALLIGOOD MR. Modelos y Teorías en Enfermería. VI edición. p 54-57. España: Elsevier; 2015. Consultado el día 25 octubre de 2019 disponible en: <https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

ALCOCER, E. P. (14 de Mayo de 2019). Antecedentes históricos del programa de Salud Familiar. (O. A. Cardona, Entrevistador).

ARISTIZÁBAL HOYOS, Gladis Patricia, et al. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. En: ENFERMERÍA UNIVERSITARIA. Vol. 8, no. 4, p. 16-23.

CANO, Amaro. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. En: REVISTA CUBANA DE ENFERMERÍA. Vol. 20, no. 3, p. 0

CAREN, C. Programa de salud familiar. [En línea], Marzo 29 de 2011. [Revisado 5 de Mayo de 2019]. Disponible en Internet: <http://cesfamcaren.over-blog.es/article-que-es-la-salud-familiar-70531580.html>

DE ARCO, Oneys y SUAREZ, Zuleima Karina. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano.

DE RESTREPO, Helena. Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. En: FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. Vol. 19, no. 1.

ESPINOSA, Leticia. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. En: REVISTA CUBANA DE ESTOMATOLOGÍA. Vol. 41, no. 3, p. 0

FAJARDO, Germán; GUTIÉRREZ, Juan Pablo y GARCÍA, Sebastián. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. En: SALUD PÚBLICA DE MÉXICO. vol. 57, no. 2, p. 180-186

GALLARDO, Amanda; REYNALDOS., Katiuska. Calidad de servicio: satisfacción usuaria desde la perspectiva de enfermería. En: ENFERMERÍA GLOBAL. Vol. 13, no. 4, p. 353-372

GÓMEZ, Martha Liliana and RODRÍGUEZ, Blanca Lucy. Situación de enfermería como herramienta para enseñar el proceso de atención de enfermería. En: REVISTA CUIDARTE. Vol. 4, no. 1, p. 544-549

HALL, Joanne y WEAVER, Barbara. Enfermería en salud comunitaria: un enfoque de sistemas. OPS, 1990.

HOYOS, Gladis, et al. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. En: ENFERMERÍA UNIVERSITARIA. Vol. 8, no. 4, p. 16-23

LEININGER M, McFarland M. Culture care diversity human beings. Advances in Nursing Science. 1999; 21 (4): 14 – 28. Traducido por Beatriz Sánchez, Universidad Nacional de Colombia. Citado por MELGUIZO, Estela. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. Av. Enferm., XXVI (1): 112 – 123, 2008; p. 114.

LOURO BERNAL, Isabel. Modelo de salud del grupo familiar. En: REVISTA CUBANA DE SALUD PÚBLICA. Vol. 31, no. 4, p. 0

MASTRAPA, Gibert. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2016 [citado 28 Oct 2019]; 32(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976>

MCKENNA Hugh y SLEVIN Oliver. Nursing Models, Theories and practice. Inglaterra: Blackweel Publishing; 2009.p 248 ISBN: 978-1-118-30592-8 Consultado 27 de octubre de 2019. Disponible en: <https://www.wiley.com/en-us/Vital+Notes+for+Nurses%3A+Nursing+Models%2C+Theories+and+Practice-p-9781118305928>

MONTEIRO MATTOS Fernanda Martins. Satisfacción usuaria con el Control de salud infantil en un Centro de salud familiar en el año de 2015. Trabajo de grado Magíster en Salud Pública. Santiago de Chile. Universidad de Chile. Facultad de Medicina, 2015. 93p

OLIVA, Carolina y HIDALGO, Carmen Gloria. Satisfacción Usuaría: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, Evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria. *Psyche* [online]. 2004, vol.13, n.2 [citado 2019-07-19], pp.173-186. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282004000200013&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-2228. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282004000200013>.

ORTIZ, María T., et al. La salud familiar: caracterización en un área de salud. En: REVISTA CUBANA DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL. Vol. 15, p. 303-309

PERDOMINI, Miriam. Florence Nightingale: El cuidado. [en línea] 4 DE JUNIO DE 2012, [Revisado 04 Julio de 2019]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/florence-nightingale.html>

PÉREZ, Sandra. Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado en una comunidad urbana: Camaguey 2008. En: REVISTA CUBANA DE ENFERMERÍA. Vol. 25, no. 3-4, p. 0

PONCE, Luis. Calidad de vida y participación comunitaria: evaluación psicosocial de proyectos urbanísticos en barrios pobres. En: INTERAMERICAN JOURNAL OF PSYCHOLOGY. Vol. 38, no. 1, p. 73-86

PRADO, Liana, et al. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. En: REVISTA MÉDICA ELECTRÓNICA. Vol. 36, no. 6, p. 835-845

PUIGVILA, Montserrat Molas; BRUGUÉS, Alba Brugués y GUTIÉRREZ, Cèlia García. Especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria: una realidad. En: ATENCIÓN PRIMARIA. Vol. 43, no. 5, p. 220-221

PULIDO, Sandra, et al. Pautas, creencias y prácticas de crianza relacionadas con el castigo y su transmisión generacional. En: RLCSNJ. Vol. 11, no. 1.

RODRÍGUEZ, Cid, et al. La familia en el cuidado de la salud. En: REVISTA MÉDICA ELECTRÓNICA. Vol. 36, no. 4, p. 462-472

RODRÍGUEZ, V. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. En: ENFERMERÍA GLOBAL. Vol. 11, no. 28, p. 316-322

SALVADOR, CM. La percepción del cliente de los elementos determinantes de la calidad del servicio universitario: características del servicio y habilidades profesionales, citado por FERRADA, Amanda and GRANDÓN, Katuska. Calidad de servicio: satisfacción usuaria desde la perspectiva de enfermería. En: ENFERMERÍA GLOBAL. Vol. 13, no. 4, p. 353-372

SARRIÁ, Antonio y VILLAR, Fernando. Promoción de la salud en la comunidad.

VALLEJO, Nicole y MARTÍNEZ, Eduardo. Impacto de la promoción de estilos de vida saludable para mejorar la calidad de vida. En: DRUGS AND ADDICTIVE BEHAVIOR. Vol. 2, no. 2, p. 225-235

Wojnar D. Kristen Swanson: Teoría de los Cuidados. . In: Elsevier, editor. Modelos y teorías en enfermería. Sexta ed. Madrid.España: 2007. p. 766-77. Citado por: RODRÍGUEZ, V. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. En: ENFERMERÍA GLOBAL. Vol. 11, no. 28, p. 316-322.

ZABALEGUI, Adelaida. El rol del profesional en enfermería. En: AQUICHAN. Vol. 3, no. 1, p. 16-20

ZARATE, Rosa A. La gestión del cuidado de enfermería. En: INDEX DE ENFERMERÍA. Vol. 13, no. 44-45, p. 42-46

ANEXOS.

ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO.



UNIVERSIDAD DE CORDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El estudio satisfacción con el cuidado de la salud en familias del programa de salud familiar de la Universidad de Córdoba, el cual tiene como objetivo determinar la satisfacción con el cuidado de la salud de las familias intervenidas por el programa de salud familiar de la Universidad de Córdoba; es un ejercicio académico realizado por Oscar Eliecer Ayazo Cardona identificado con cedula de ciudadanía N° 79.465.124 de Bogotá D.E y Saray Vanessa Ayola Carrascal identificada con cedula de ciudadanía N° 1.067.952.165 de Montería – Córdoba; estudiantes del programa de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba.

GARANTIAS PARA SU PARTICIPACIÓN

Es importante que usted conozca que la información suministrada por usted, será de tipo anónimo, se tendrá en cuenta el derecho a la intimidad, el principio de confidencialidad y discreción con la información obtenida durante la aplicación de las encuestas.

Usted contribuirá con esta investigación respondiendo a una encuesta estructurada la cual consta de una serie de preguntas acerca de la satisfacción con el cuidado de la salud en familias del programa de salud familiar. El lugar seleccionado para la aplicación de las encuestas será el domicilio de las familias seleccionadas de acuerdo con la disponibilidad de los participantes. Las encuestas realizadas se someterán a un análisis estadístico para obtener los resultados buscados.

La información personal de los participantes no será usada en ningún reporte y de tal manera se preservará el derecho a la confidencialidad y privacidad.

yo, _____ declaro que he leído y comprendido la información contenida en este documento, me han resuelto las dudas que surgieron relacionadas con el estudio, por lo tanto de manera voluntaria me dispongo a participar en dicho proyecto de investigación.

Firma del participante.
N° de identificación

Firma de investigador.
N° de identificación

ANEXO B. ENCUESTA.



UNIVERSIDAD DE CORDOBA

PROGRAMA DE ENFERMERÍA





ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO DE LA SALUD.


Marque con una X según su criterio.

NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS	POCO SATISFECHO	SATISFECHO	MUY SATISFECHO
1. Amabilidad del estudiante			
2. Confianza que le transmite el estudiante			
3. Interés del estudiante hacia la familia			
4. Tiempo que le dedica el estudiante			
5. Utilidad del cuidado brindado			
NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LAS CONDICIONES DEL SERVICIO	POCO SATISFECHO	SATISFECHO	MUY SATISFECHO
1. Disponibilidad institucional			
2. Dotación de materiales para las actividades durante las visitas			
3. Trámites para facilitar el acceso a servicios de salud			
4. Oportunidad de atención en los servicios de salud			
5. Efectividad en la remisión para el acceso a los servicios de salud			
NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA EDUCACIÓN EN SALUD	POCO SATISFECHO	SATISFECHO	MUY SATISFECHO
1. Beneficios de la actividad educativa			
2. Claridad de los contenidos			
3. Ayudas educativas apropiadas			
4. Forma de desarrollo de la actividad			
5. Interés que despertó el tema			
EXPECTATIVAS FRENTE AL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR	SI	NO	
1. Cumplió con sus expectativas			
2. Recomendaría a otras familias participar en el programa de salud familiar			

Fuente: Ramírez, Olga; Encuesta de satisfacción con el cuidado de la salud en las personas con enfermedad crónica. En: ENFERMERÍA GLOBAL. Vol. 15, no. 44, p. 321-330.

ANEXO C. AVAL PARA USO DE LA ENCUESTA.

 Responder  Responder a todos  Reenviar



miércoles 27/11/2019 7:10 p. m.
Gloria Mabel Carrillo Gonzalez <gmcarrillog@unal.edu.co>
Re: Instrumento validado

Para Oscar Ayazo Cardona; Olga Janneth Gomez Ramirez

Hola Oscar
Mil disculpas por la demora en la respuesta.
Por supuesto que damos aval para uso del instrumento.
Estamos atentas
Mabel Carrillo
Olga Gómez

El mié., 27 nov. 2019 a las 18:59, Oscar Ayazo Cardona (<oscarayazo@hotmail.com>) escribió:

De: Oscar Ayazo Cardona
Enviado el: viernes, 15 de noviembre de 2019 11:56 a. m.
Para: 'gmcarrillog@unal.edu.co'
CC: 'saryayolac@hotmail.com'
Asunto: RV: Instrumento validado

Gloria Mabel Carrillo Gonzalez No hay elementos

